

GPI

Gesundheitspolitische Informationen
Informations de politique de santé

Qualität im
Gesundheits-
wesen



4 Informationen aus der Geschäftsstelle

6 Im Fokus

Ein Leitfaden für die künftige Gesundheitspolitik

Mehr echte Qualität im Gesundheitswesen

«Patienten halten sich längst nicht mehr an Kantonsgrenzen»

12 Aus den eidgenössischen Räten

Massnahmen zur Kostendämpfung: Bundesrat will freie Arztwahl einschränken und setzt auf Globalbudget

14 In Kürze

16 Internationales

18 Schriftenreihe

19 Neuerscheinungen

Impressum

Ausgabe N°3 / September 2020

GPI
Gesundheitspolitische Informationen
Informations de politique de santé
Informazioni sulla politica sanitaria
Health Policy Information

Erscheint 4-mal jährlich.

Die GPI sind das offizielle Organ der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik (SGGP).
ISSN Nr. 1420-5947
Redaktion: Markus Gubler, Andrea Renggli, Marco Tackenberg; forum|pr
Gestaltung: Definitiv Design AG
Titelbild: Thomas Christen, Vizedirektor BAG, referiert an der Tagung der SGGP; Marco Zanoni
Druck: Faidruck AG

SGGP/SSPS
Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik
Société suisse pour la politique de la santé
Società svizzera per la politica della salute
Swiss Society for Health Policy

Altenbergstrasse 29, Postfach 686
3000 Bern 8
T 031 313 88 66
F 031 313 88 99
Sekretariat: info@sggp.ch
Redaktion: redaktion@sggp.ch
www.sggp.ch

**Prof. Dr. med. Thomas Zeltner**

Vorstandsmitglied SGGP

—
Membre du comité SSPS

Herausforderung Gesundheitspolitik

Das heutige Gesundheitssystem ist noch immer stark auf die Betreuung von akut erkrankten Personen ausgerichtet. Die Versorgung erfolgt weiterhin meist in kleingewerblichen und wenig vernetzten Strukturen. Dies entspricht nicht den Bedürfnissen einer alternden Bevölkerung, welche vorwiegend an chronischen Erkrankungen leidet. Sie benötigen vernetzte, patientenzentrierte Versorgungsstrukturen, in denen Leistungserbringer sich deutlich stärker austauschen und Behandlungen untereinander koordinieren. Das System ist überdies viel zu stark auf Reparatur und zu wenig auf Verhütung von Krankheiten ausgerichtet. Damit Reformen gelingen, muss man das aktuelle Gesundheitssystem und seine historische Entwicklung verstehen. Hier setzt das neue Buch aus der Schriftenreihe der SGGP an (siehe Seite 8). Es soll den Entscheidern in der Schweizer Gesundheitspolitik als Werkzeug dienen, um zukunftsgerichtete und mehrheitsfähige Lösungen zu finden.

La politique de la santé: un défi

Le système de santé actuel est toujours fortement axé sur la prise en charge des malades en phase aiguë. Les soins continuent d'être apportés, la plupart du temps, dans de petites structures artisanales travaillant peu en réseau. Cette réalité ne correspond pas aux besoins d'une population vieillissante qui souffre principalement de maladies chroniques. Il existe un besoin en structures de soins centrées sur le patient et organisées en réseaux où les prestataires échangent bien davantage et coordonnent les traitements entre eux. De plus, le système est bien trop axé sur la réparation et trop peu sur la prévention des maladies. Pour que les réformes réussissent, il faut comprendre le système de santé actuel et son évolution historique. Tel est le point de départ du nouvel ouvrage de la collection de la SSPS (voir page 8). Il a vocation à servir d'outil aux décideurs de la politique de la santé suisse afin de trouver des solutions porteuses d'avenir et susceptibles de réunir des majorités.

1 SGGP-Mitgliederversammlung 2020 SSPS Assemblée générale 2020

Die ursprünglich für den 15. Mai 2020 geplante Mitgliederversammlung hat coronabedingt am 4. September 2020 in Bern stattgefunden. Sie hat folgende Beschlüsse gefasst:

- Der Jahresbericht (vgl. GPI 1/2020) und die Jahresrechnung 2019 wurden einstimmig genehmigt.
- Der Bericht der Revisoren wurde zur Kenntnis genommen und dem Vorstand Entlastung erteilt.
- Der Präsident, die Vizepräsidentinnen und der Vizepräsident sowie die weiteren Mitglieder des Vorstandes wurden für die Wahlperiode 2020 bis 2023 gewählt. Zwei langjährige Mitglieder wurden verabschiedet. Vier neue Vorstandsmitglieder wurden gewählt (vgl. unten). Die neue Zusammensetzung des Vorstandes finden Sie unter www.sggp.ch
- Das Tätigkeitsprogramm 2020 wurde ohne Änderungen genehmigt.

Im Vorfeld der Mitgliederversammlung wurde Band 138 der Schriftenreihe der SGGP «Herausforderung Gesundheitspolitik Schweiz – Handbuch und Leitfaden für die 20er Jahre» in Anwesenheit von Nationalrätin Ruth Humbel, Präsidentin der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Nationalrates, vorgestellt. In ihrem Statement strich sie den Wert dieser Publikation für die politische Arbeit der kommenden Jahre heraus.

Im Anschluss an die Mitgliederversammlung war im Rahmen einer Tagung der per 1. Januar 2021 in Kraft tretende Qualitätsartikel im Zentrum mehrerer Referate aus unterschiedlichen Blickwinkeln.

L'assemblée générale, initialement prévue pour le 15 mai 2020, a finalement eu lieu le 4 septembre 2020 à Berne. Elle a pris les décisions suivantes:

- Le rapport annuel (voir GPI 1/2020) et les comptes 2019 ont été approuvés à l'unanimité.
- Le rapport des auditeurs a été pris en compte et le comité a été déchargé.
- Le président, les vice-présidents et les autres membres du comité ont été élus pour la période 2020–2023. Deux membres de longue date ont été démis de leurs fonctions. Quatre nouveaux membres du comité ont été élus (voir ci-dessous). La nouvelle composition du comité peut être consultée sur le site internet www.sggp.ch
- Le programme d'activités 2020 a été approuvé sans modifications.

Avant l'Assemblée générale, le volume 138 de la série de publications de la SSPS «Défis de la politique

de la santé en suisse – Manuel et guide pour les années 2020» a été présenté en présence de la conseillère nationale Ruth Humbel, présidente de la Commission de la sécurité sociale et de la santé (CSSS) du Conseil national. Dans sa déclaration, elle a souligné la valeur de cette publication pour le travail politique des années à venir.

Après l'assemblée générale, l'article sur la qualité, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2021, a fait l'objet de plusieurs présentations sous différents angles.

—
➤ [Den Bericht über die Tagung lesen Sie auf Seite 8.](#)

2 Verabschiedungen

Zwei langjährige, verdiente Vorstandsmitglieder haben sich entschlossen, aus dem Vorstand der SGGP zurückzutreten:

Les deux membres de longue date et très méritants ont décidé de démissionner du comité de la SSPS:

- Agnes König, Pflegedirektorin im Kantonsspital Münsterlingen, wurde 2011 in den Vorstand gewählt. Ihr breites Wissen und ihre reiche Erfahrung im Gesundheitswesen und ihr Fokus auf die Aspekte der Pflege waren sehr wertvoll.
- Gebhard Heuberger, Senior Consultant der santésuisse-Gruppe, wurde 2005 in den Vorstand gewählt. Er ist über seine Arbeit im Vorstand der Regionalgruppe Ostschweiz in den Vorstand gekommen. Auch er hat ein breites Wissen und viel Erfahrung in die Diskussionen eingebracht.

Die beiden verdienten Vorstandsmitglieder wurden an der Mitgliederversammlung verabschiedet. Die SGGP dankt ihnen für ihre langjährige Mitwirkung, ihre wertvollen Beiträge und ihr Engagement. Liebe Agnes, lieber Gebhard, alles Gute für die Zukunft.

L'assemblée générale de la SSPS a remercié les deux membres du comité sortant pour leurs nombreuses années de coopération, leurs précieuses contributions et leur engagement. Chère Agnès, chère Gebhard, tout de bon pour l'avenir.

3 Neuwahlen

Die folgenden Persönlichkeiten wurden neu in den Vorstand der SGGP gewählt:

- Sarah Stölting, CAS in Management im Gesundheitswesen, Bachelor of Arts in Pflegeentwicklung und Management
Sarah Stölting arbeitet am Universitätsspital Basel als Leiterin des Direktionsstabes und als stellvertretende Abteilungsleiterin «Strategie & Partnerschaften».
- Manuel Ackermann, Sozialwissenschaftler, Politologe, Betriebsökonom
Manel Ackermann ist Leiter Public Affaires von santésuisse.
- Raymond Loretan, Lic. iur.
Raymond Loretan ist Präsident von Swiss Medical Network und Präsident von Swiss Leading Hospitals.
- Markus Trutmann, Dr. med.
Markus Trutmann leitet den Geschäftsbereich Politik von H+ Die Spitäler der Schweiz.

Herzlich willkommen. Wir freuen uns auf die Zusammenarbeit. Herzlichen Dank für Ihr Engagement.

4 Schriftenreihe

Band 135

«Managed Care Swiss made»

Aufgrund der starken Nachfrage, erscheint das Buch im Verlauf des Monats September in einer 2. unveränderten Auflage

Band 137

«Unfallrehabilitation in der Schweiz»

Band 138

«Herausforderung Gesundheitspolitik Schweiz – Handbuch und Leitfaden für die 20er Jahre»

Band 139

«Die Rolle von privaten gemeinnützigen Spitälern in der Gesundheitsversorgung»

Dieser Band erscheint Ende September/Anfang Oktober

➤ [Weitere Informationen zu den verschiedenen Büchern sowie Bestellungen unter](#)
[Pour plus d'informations sur les différents livres et pour les commandes, voir](#)
www.sggp.ch

5 Die nächste SGGP-Tagung prochain séminaire de la SSPS

6 Spitalregionen sind genug.

Wo und wie schauen die Kantone über den Tellerrand?

Mittwoch, 4. November 2020,
Beginn: 12.50 Uhr

Hotel Kreuz, Saal Bovet (1. Stock),
Zeughausgasse 41, Bern

Im Bericht der Expertengruppe zu Händen des Bundesrates wird die Massnahme M14 wie folgt beschrieben: «Eine regionale Spitalplanung mit grösseren Spitalregionen hat zum Ziel, die Konzentration des Angebotes an stationären Leistungen zu erhöhen und Doppelspurigkeiten zwischen den einzelnen Kantonen zu beseitigen.» Die Tagung nimmt diese Forderung auf und beleuchtet sie aus der Sicht der wichtigsten Interessengruppen. Auch die Frage, ob das Corona-Virus auf die Frage der regionalen Spitalplanung Einfluss haben wird, kommt zur Sprache.

6 régions hospitalières sont suffisantes. Où et comment les cantons pensent-ils en dehors des sentiers battus?

Mercredi 4 novembre 2020,
à partir de 12h50

Hôtel Kreuz, Salle Bovet (1^{er} Étage),
Zeughausgasse 41, Berne

Dans le rapport du groupe d'experts à l'attention du Conseil fédéral, la mesure M14 est décrite comme suit: «Une planification hospitalière régionale avec des listes hospitalières régionales par régions plus importantes vise à renforcer la concentration de l'offre stationnaire et à remédier aux doublons entre les cantons.» La conférence aborde cette proposition et la discute du point de vue des principaux groupes d'intérêt La question de savoir si le virus corona aura une influence sur la question de la planification hospitalière régionale sera également abordée.

➤ [Anmeldung und weitere Informationen](#)
[Inscription et plus d'informations](#)
www.sggp.ch

Ein Leitfaden für die künftige Gesundheitspolitik

Gesundheitspolitik ist Interessens- und Machtpolitik. Oft hat es nicht genügt, überzeugende Lösungsvorschläge zu präsentieren. Ebenso wichtig war es, politische Prozesse zu meistern und Mehrheiten zu gewinnen. Das setzt voraus, Positionen und Interessenslagen der anderen Akteure zu kennen und zu berücksichtigen. Hier will die SGGP

Orientierung schaffen. In ihrem neuesten Buch lässt sie die wichtigsten Akteure der Schweizer Gesundheitspolitik zu Wort kommen und schlägt eine gesundheitspolitische Reformagenda für das kommende Jahrzehnt vor. Anfang September 2020 wurde das Buch vorgestellt. Die GPI hat bei den Herausgebern der SGGP-Schriftreihe nachgefragt.



Nationalrätin Ruth Humbel, Präsidentin der Kommission für soziale Sicherheit und Gesundheit (SGK) des Nationalrates, strich an der Vernissage die Bedeutung der neuen SGGP-Publikation heraus.

Was waren die Gründe, die zur Herausgabe dieses Buches geführt haben?

In Politik und Verwaltung findet derzeit eine personelle Wachablösung statt. Das Parlament hat sich stark erneuert, in Bund, Kantonen und Verbänden werden Verantwortliche ersetzt. Die neuen Köpfe können, soweit nötig, sich in das komplexe Politikgebiet einlesen, von den Erfahrungen der letzten Jahre profitieren und Rückschlüsse für neue Projekte ziehen. Der Bundesrat hat mit Gesundheit 2030 seine Strategie vorgelegt, die es zu diskutieren und einzuleiten gilt. Das Buch soll hierfür Impulse geben. Die SGGP versteht sich als Forum für solche Diskussionen.

Warum braucht es dieses Buch?

Das Buch versteht sich als Handbuch, Arbeitsmittel, Nachschlagewerk, ein Werkzeugkasten gleichsam, der durch seine vielfältigen Aspekte den Entscheidungsträgern und Meinungsbildnern im gesundheitspolitischen Alltag helfen soll. Einzelfragen können in einen grösseren Zusammenhang eingeordnet werden. Dieses Buch gibt dazu eine Übersicht.

Während die Autoren ihre Beiträge schrieben, begann sich in der Schweiz das neue Coronavirus auszubreiten. In wie weit hat die Pandemie Inhalt und Produktionsprozess des Buches beeinflusst?

In einzelnen Beiträgen gehen die Autoren und Autorinnen auf Veränderungen ein, die die Covid-Epidemie gebracht hat. Ein besonders Kapitel zum Thema verfasste Bertino Somaini, der ehemalige Vizedirektor des Bundesamts für Gesundheit und dort befasst mit Epidemien und Prävention. Er zieht eine vorläufige Bilanz der gesundheitspolitischen Massnahmen von Bund und Kantonen und leitet entsprechende Forderungen für die Zukunft ab.

Am Buch haben zahlreiche Autoren mitgewirkt. Entspricht das Werk Ihren Vorstellungen? Welche Ausführungen haben Sie überrascht?

Die Beiträge zeigen eine grosse Vielfalt. Das Buch gibt nicht nur einen historischen Überblick, wie etwa die abstimmungspolitischen Einschätzungen von Claude Longchamp, sondern die Interessensvertreter zeigen auch auf, wie sie sich die Zukunft des schweizerischen Gesundheitswesens vorstellen. Auch Bund und Kantone haben sich eingebracht. Die Sicht von aussen durch die OECD erweitert den Horizont. Schliesslich hat auch die SGGP zu wichtigen Fragen Stellung genommen.

Die offenen Baustellen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens werden klar benannt. Aber überrascht hat uns dann einmal mehr die insgesamt positive Einschätzung des schweizerischen Gesundheitssystems. Das zeigt, dass trotz aller Interessensgegensätze ein Grundkonsens besteht.

Worin unterscheidet sich die Gesundheitspolitik von anderen Politikbereichen?

Die Gesundheitspolitik greift in alle anderen Politikbereiche ein, und in allen Bereichen sind Aspekte der Gesundheitspolitik zu beachten. Die Sicherung einer qualitativ guten Gesundheitsversorgung ist eine zentrale gesellschaftliche Aufgabe, bei der der Staat eine wichtige Rolle spielt, grosse Verantwortung hat. Sie muss für alle zugänglich und tragbar sein – und alle müssen solidarisch dazu beitragen.

Eleonore und Jürg Baumberger,
Herausgeber der Schriftenreihe der SGGP
Foto: Marco Zanoni



Band 138

Herausforderung Gesundheitspolitik Schweiz Défis de la politique de la santé en Suisse

Handbuch und Leitfaden für die
20er Jahre
Manuel et guide pour les
années 2020

Gesundheitspolitik ist im Kern immer Gesellschafts- und Sozialpolitik. Es ist die Aufgabe des Staates, der Gesellschaft eine qualitativ hochstehende und allen Bürgerinnen und Bürgern zu zumutbaren Kosten offen stehende Gesundheitsversorgung zu gewähren. Dass das so angestrebte Resultat im breiten Feld verschiedenster Interessen nicht spannungsfrei ablaufen kann, ergibt sich von selbst. Dieses Feld für die nächsten zwanzig Jahre aufzufächern und abzustecken, ist das Ziel dieses Buches.

Das Buch richtet sich an Entscheidungsträger in der Gesundheitspolitik. Es soll ihnen als Werkzeug nutzen und zur Hand sein, wenn sie mit grundlegenden Fragen oder Einzelfragen konfrontiert sind.

Band 138, SGGP-Schriftenreihe, 2020
Herausgeber: Eleonore und Jürg Baumberger, Martin Bienlein, Charles Giroud, Thomas Zeltner
Preis: Fr. 40.–, zuzügl. MwSt. für SGGP-Mitglieder,
Fr. 52.–, zuzügl. MwSt. für Nicht-Mitglieder

➤ Erhältlich unter www.sggp.ch

Mehr echte Qualität im Gesundheitswesen

Ab Januar 2021 tritt der neue Qualitätsartikel in Kraft. Damit wird die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen gesetzlich verankert. Was ändert sich für die Akteure und ihre bestehenden Programme? Die SGGP-Tagung liefert erste Antworten.

Die Politik diskutiert seit mehr als 30 Jahren über Qualität. Schweizweite Standards fehlen noch immer. SGGP-Präsident Jean-François Steiert sieht den Grund in den unterschiedlichen Erwartungen an die Qualität. Politische Vorstösse und Gesetzesvorlagen scheiterten mehrfach – bis im Juni 2019. Dann verabschiedeten die eidgenössischen Räte eine Teilrevision des Krankenversicherungsgesetzes, welche die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen vorschreibt. Anfang 2021 wird der neue Qualitätsartikel in Kraft treten.

Mehr Verbindlichkeit, mehr Koordination

Gut vier Monate vor dem Systemwechsel finden Vertreter von Bund, Patientenschutzorganisationen sowie aus Spitälern und der Ärzteschaft an der SGGP-Tagung zusammen. Wie viel sich der Bund vom neuen Qualitätsartikel verspricht, machen die Ausführungen von BAG-Vizedirektor Thomas Christen deutlich. Der Artikel fördere eine systematische Herangehensweise, bringe mehr Verbindlichkeit und mehr Koordination. «Leistungserbringer und Versicherer sind angehalten, Qualitätsverträge abzuschliessen. Tarifpartnerschaften müssen sich zu Qualitätspartnerschaften weiterentwickeln», so Christen. Begleitet und beraten werden die Akteure in ihren Bemühungen von einer eidgenössischen Qualitätskommission, einem neu zu schaffenden Gremium.

Vorbehalte der Kantone

Die Kommission wird mit weitreichenden Entscheidungsbefugnissen ausgestattet. Sie berät Akteure, koordiniert ihre Aktivitäten, rapportiert dem Bundesrat, vergibt Studienaufträge und finanziert nationale und regionale Projekte zur Qualitätsentwicklung. Diese Machtfülle sorgt für Kritik. Vorbehalte äussert die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektoren GDK: «Für die Organisationen, die bereits heute für die Qualitätssicherung im Einsatz sind, können sich Probleme ergeben. Dies ist dann der Fall, wenn die Gelder zu stark auf Projektfinanzierungsaufträge ausgerichtet sind – und die Grundlagen-, Begleit- und Folgearbeiten, die es ebenfalls braucht, zu wenig berücksichtigt werden. Es besteht die Gefahr, dass bewährte und über Jahre aufgebaute Akteure in ihrer Existenz bedroht werden.»

Fragmentierung des Systems

Einer dieser Akteure ist der nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ). Dem ANQ sei es bislang nicht gelungen, schweizweite, umfassende Standards zur Dokumentierung der Qualität an den Spitälern zu etablieren, hält Florian Rüter, Leiter Qualitätsmanagement des Universitätsspital Basel fest. Neben dem ANQ existieren zahlreiche Register und Programme. Die Qualitätsentwicklung sei in der Schweiz zu fragmentiert, kritisiert Rüter. Es brauche eine Harmonisierung bestehender Programme. Wie fortgeschritten solche Programme sind, zeigt Rüter am Beispiel des Universitätsspital Basel auf. Das Universitätsspital hat sein Qualitätsmanagement umgestellt. Für 13 Krankheitsbilder wurden Patient-reported outcome measures (PROMs) eingeführt. So werde sichergestellt, dass Patienten individuelle Bedürfnisse und Bedenken in den Behandlungsprozess einbringen können. Bereits zeigen sich positive Effekte: Weil wir auf die Werte der Patienten fokussieren, erkennen Ärzte und Pflegende medizinischen Handlungsbedarf früher und können sich einen Teil der Anamnese sparen.»

«Patienten können Erfahrungen schildern, aber sie können medizinische Qualität nicht beziffern.»

Eigene Register der Ärzteschaft

Nicht nur die Spitäler entwickeln Qualität, sondern auch die Ärzteschaft. Einige Programme sind bereits mehrere Jahrzehnte alt – wie das SCQM-Register der Rheumatologen. Im Register werden Daten über den Krankheitsverlauf und die Medikation von fünf verschiedenen rheumatologischen Krankheiten erfasst. Patienten tragen ihre Werte heute in eine App ein und liefern so ihrem Behandler monatlich Informationen, die bei einer Jahresvisite zur Verfügung stehen. So können Ärzte und Patienten regelmässig interagieren und gemeinsam faktenbasierte Entscheide treffen, erklärt Dr. Michael Andor, Präsident des Stiftungsrates der SCQM-Foundation (Swiss Clinical Quality Management in Rheumatic Diseases).



Die Tagung über die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen stiess auf reges Interesse. Weil die Abstandsregel nicht eingehalten werden konnte, galt Maskenpflicht.

Patientenerfahrungen stärker berücksichtigen

Qualitätsentwicklung in der Medizin ist eine Herausforderung. Peter Berchtold, Vizepräsident Schweizerische Stiftung SPO Patientenorganisation, nennt das Grunddilemma: «Patienten können Erfahrungen schildern, aber sie können medizinische Qualität nicht beziffern.» Doch viele Qualitätsprogramme fokussieren stark auf den Outcome medizinischer Behandlungen. Erfahrungen der Patienten werden wenig erfasst und erforscht. Für Berchtold herrscht Handlungsbedarf: Qualitätsindikatoren sollten aufgrund der demografischen Entwicklung auch psychologische und soziale Fähigkeiten der Leistungserbringer abbilden. Gerade bei chronischen, unklassifizierbaren Erkrankungen sei weniger medizinische Expertise gefragt, sondern das Einfühlungsvermögen von Ärzten und Pflegenden stehe im Vordergrund. Künftige Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen muss Patientenerfahrungen stärker Rechnung tragen, fordert Berchtold.

Kommission muss bestehende Akteure einbinden

Welches Fazit lässt sich ziehen? Das Parlament hat die Qualitätsentwicklung im Gesundheitswesen politisch gestärkt. Der Bund stellt Millionen für Qualitätsprogramme zur Verfügung und schafft zwischen Versicherern und Leistungserbringern Verbindlichkeiten. Mit der eidgenössischen Kommission entsteht ein neuer starker Akteur, der bestehende Organisationen konkurrenziert. Vieles wird davon

abhängen, wie die Kommission personell zusammengesetzt wird und wie gut es ihr gelingt, bestehende Akteure und ihre Programme einzubinden. Dessen ist sich auch das zuständige Bundesamt bewusst. BAG-Vizedirektor Thomas Christen betont an der Tagung mehrmals: «Qualität kann nicht vom BAG verordnet werden. Qualität muss sich bottom-up entwickeln, als Resultat eines partizipativen Prozesses.»

Markus Gubler
Foto: Marco Zanoni

«Patienten halten sich längst nicht mehr an Kantonsgrenzen»

Sind sechs Spitalregionen genug? An der nächsten Tagung der SGGP diskutieren Experten die Frage der regionalen Spitalplanung. Einer der Referenten, Thomas J. Grichting, Generalsekretär und Mitglied der Generaldirektion der Groupe Mutuel, macht für die GPI eine erste Auslegeordnung.

Thomas J. Grichting, welches sind Ihrer Meinung nach die grössten Probleme der aktuellen Spitalplanung?

Die Spitalplanung ist in der Schweiz die Aufgabe der Kantone. Das Problem dabei sind vor allem die Mehrfachrollen ebendieser. Neben der Versorgungsplanung haben die Kantone verschiedene weitere Rollen und damit auch Eigeninteressen. Sie sind meistens Eigentümer von Spitälern, Mitfinanzierer von stationären Leistungen, Genehmigungs- und Festsetzungsbehörde in Tariffragen und zuständig für die gesundheitspolizeiliche Prüfung und die Zulassung der Leistungserbringer. Und schliesslich sind sie auch Wirtschaftsförderer und möchten dafür sorgen, dass Patientenströme und Arbeitsplätze im eigenen Kanton bleiben. Aufgrund dieser Mehrfachrolle und Interessenskonflikte geschieht es immer wieder, dass kantonale Verantwortliche nicht in erster Linie nach qualitativen Kriterien, sondern oft nach lokalpolitischen Motiven entscheiden. Dies natürlich auch immer im Wissen darum, dass es politisch einfacher ist eine Über- oder Fehlversorgung zu rechtfertigen, als eine Spitalreorganisation durchzusetzen.

Welche Entwicklungen in der stationären Versorgung sind mittelfristig absehbar?

Der medizinisch-technische Fortschritt wird weiterhin dazu führen, dass immer mehr Leistungen ambulant durchgeführt werden können. Damit wird einerseits die Überversorgung im stationären Bereich immer ausgeprägter und die bestehenden Strukturen müssten angepasst werden. Andererseits ziehen sich die Kantone, welche ja nur im stationären Bereich mitfinanzieren, damit auch immer stärker aus der finanziellen Verantwortung. Dies macht die einheitliche Finanzierung von ambulanten und stationären Leistungen zwingend nötig.

Um die Qualität der Behandlungen zu gewährleisten, sollten verbindliche Mindestfallzahlen eingeführt werden. Heute erreichen 40 Prozent der Spitäler in einem oder mehreren Bereichen die vom Kanton Zürich erlassenen und von der Konferenz der Gesundheitsdirektoren (GDK) empfohlenen Mindestfallzahlen nicht. Dabei besteht ein wissenschaftlich erwiesener Kausalzusammenhang zwischen der Anzahl Fälle und der Outcome-Qualität (Komplikationen, Sterblichkeitsrate usw.).

Eine weitere Entwicklung geht in Richtung Value Based Health Care. Dabei steht der konkrete Patientennutzen im Zentrum der Gesundheitsversorgung. Insbesondere das Universitätsspital Basel ist in diesem Bereich bereits sehr aktiv.

Wie stehen die Versicherer zu der Kostendämpfungs-massnahme einer regionalen Spitalversorgungsplanung?

Die Versicherer unterstützen diese Massnahme. Wie vorhin ausgeführt, verhindert die Mehrfachfachrolle der Kantone öfters eine effiziente und versorgungsbasierte Spitalplanung. Die Zahlen zeigen, dass sich die Patienten längst nicht mehr an die Kantonsgrenzen halten. Eine gute Versorgungsplanung sollte sich somit auch nicht an den Kantonsgrenzen orientieren, sondern mittels regionaler Koordination die bestehenden Ressourcen benachbarter Kantone miteinbeziehen.

Aufforderungen zur interkantonalen Spitalplanung mit dem Ziel, Kosten einzusparen, stehen seit längerem im Raum. Dennoch gibt es nur wenige interkantonale Spitäler. Die GDK plädiert dafür, dass die Zuständigkeit der Kantone auch weiterhin respektiert werden soll. Sollte der Bund die Kantone zum Handeln zwingen?

Die Kantone sind gemäss Verfassung für die Versorgungsplanung zuständig, daher verstehe ich den Einwand der GDK. Sie müssen jedoch auch dafür sorgen, dass die Regeln der neuen Spitalplanung konsequent angewandt werden. Elemente, die den Wettbewerb verzerren, wie zum Beispiel zu tiefe Referenztarife für ausserkantonale Behandlungen oder Quersubventionen über die gemeinwirtschaftlichen Leistungen müssen korrigiert werden. Gemäss KVG sind die Kantone verpflichtet, ihre Planungen zu koordinieren. Wenn sie diesen Auftrag nicht umsetzen, ist es nachvollziehbar, wenn der Bund in diesem Bereich stärker eingreift. So nun erstmals vorgesehen in der vom Bundesrat vor kurzem vernehmlasssten Verordnungsänderung zur Spitalplanung.

Die Bevölkerung reagiert erfahrungsgemäss sehr sensibel auf Spitalschliessungen oder Leistungskürzungen an einzelnen Standorten. Wie kann man die Bevölkerung – nicht nur in Randregionen – ins Boot holen?

Man muss aufzeigen, dass es in erster Linie um die Qualität der medizinischen Leistungen geht. Man stellt bereits heute fest, dass sich die meisten Leute für planbare Eingriffe lieber in die Hände von Spezialisten begeben. Verschiedene Studien zeigen klar, dass man für komplexe Eingriffe bereit ist, grössere Distanzen zu überwinden. Diese Realität muss man der Bevölkerung aufzeigen und sie direkt fragen, ob sie lieber von einem routinierten Arzt behandelt werden oder von einem Arzt in der Nähe, welcher diesen Eingriff jedoch nur zwei bis drei Mal pro Jahr durchführt. Viele Politiker und Bürger denken, ein Patient sei in Sicherheit, wenn er das Spital erreicht hat. Doch das ist falsch. Ist das Spital schlecht ausgerüstet, wird eine Verlegung nötig und wertvolle Zeit geht verloren.

Welche Chancen räumen sie dem aktuellen Grossprojekt einer gemeinsamen Spitalregion in der Ostschweiz ein?

Es handelt sich dabei um einen sehr interessanten Ansatz. Die Bewährungsprobe liegt jedoch in der politischen Durchsetzung. Wie gesagt, muss man hier der Bevölkerung aufzeigen, dass es nicht nur um Kosten geht, sondern vor allem auch die eine qualitativ gute medizinische Versorgung. Die Kritiker sollten mit an Bord geholt und die Ängste der Bevölkerung ernst genommen werden.

Warum ist die Fusion der Spitäler in Basel/Basellandschaft gescheitert?

Die hart umkämpfte Spitalfusion wurde im Stadtkanton abgelehnt, während das Baselbiet klar zustimmte. Anscheinend konnte der Baselstädter Stimmbevölkerung der Mehrwert einer solchen Spitalkooperation nicht genügend aufgezeigt werden. Doch das ist kein spezifisches Nordwestschweizer Phänomen. Die Partikularinteressen der unzähligen Akteure verhindern wirkungsvolle Reformen in der Gesundheitspolitik schon seit Jahren.

Welche Faktoren müssen gegeben sein, damit ein interkantonales Spitalprojekt erfolgreich ist?

Der Mehrwert für jeden Einzelnen muss der Bevölkerung klar aufgezeigt werden. Man ist nicht bereit für ein Prestigeobjekt eines Gesundheitsdirektors sein lokales Spital zu redimensionieren oder zu verlieren. Aber ich denke, man ist bereit, für eine bessere Qualität zu einem guten Preis eine weitsichtige Gesundheitsversorgung zu unterstützen. Dafür sollten die Kritiker aus allen Parteien von Anfang an abgeholt und bestenfalls mit ins Boot geholt werden. Der Bevölkerung muss von Anfang an transparent dargelegt werden, warum man was macht und wohin die Reise geht.

Was halten Sie von der Idee, eine nationale Spitalistenregion einführen? Wobei die Kantone nach wie vor für die Versorgungssicherung zuständig wären.

Wie gesagt, sind die Kantone gemäss Verfassung für die Versorgungssicherung zuständig, dazu gehört auch die Spitalplanung. Spitalisten sind das Instrument dazu. Würde man diese Kompetenz auf Bundesstufe heben, so müsste man konsequenterweise auch die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung zentralisieren. Ob dies eine gute Idee ist, wage ich zu bezweifeln, da wir in der Schweiz ja doch grosse regionale Unterschiede haben, die es zu berücksichtigen gilt. Ausserdem müsste mit der Planungsverantwortung auch die Mitfinanzierung der Leistungen auf Bundesstufe gehoben werden.

Gibt es Erfahrungen aus anderen Ländern mit grossen Spitalversorgungsregionen, die wir auf die Schweiz übertragen könnten?

Dänemark ist einen interessanten, aber etwas radikalen Weg gegangen. 2007 wurde das «Superspital»-Programm lanciert. Es verändert nicht nur die Gesundheitsversorgung, sondern den ganzen Staat. Für umgerechnet über 7 Milliarden Franken wurden insgesamt 16 Super-Hospitals neu- oder umgebaut. Dies sind Akutspitäler mit je ca. 1000 Betten, ausschliesslich für stationäre Behandlungen und mit moderner Technik für die Spitzenmedizin ausgestattet. Das Konzept: Wenige grosse Zentren zur Maximalversorgung mit vielen kleineren, dezentralen medizinischen Versorgungszentren. Dieser Trend wird in ganz Skandinavien zurzeit verfolgt. Selbstverständlich stünde eine Vorgehensweise wie in Dänemark im Widerspruch zum historisch gewachsenen Schweizer Föderalismus und zu unserer direkten Demokratie. Dennoch ist der Ansatz einer guten lokalen Grund- und Notfallversorgung mit spezialisierten Kliniken für komplizierte Eingriffe sicherlich auch für die Schweiz ein prüfenswerter Weg.

Andrea Renggli
Foto: zVg



Thomas J. Grichting

Dr. Thomas J. Grichting (*1964) ist seit 1994 bei der Groupe Mutuel in Martigny/Sion tätig, zunächst als Jurist und ab 1996 in leitenden Funktionen. Seit 2006 ist er Generalsekretär und Mitglied der Direktion. Von 2011 bis 2014 zeichnete er auch als CEO der Krankenversicherer der Groupe Mutuel verantwortlich. Thomas J. Grichting ist Vizepräsident des Verwaltungsrates des Krankenversicherungsverbandes santésuisse und vertritt die Groupe Mutuel überdies in verschiedenen Gremien des Schweizerischen Versicherungsverbandes SVV.

6 Spitalregionen sind genug. Wo und wie schauen die Kantone über den Tellerrand?

Mittwoch, 4. November 2020,
Beginn: 12.50 Uhr
Hotel Kreuz, Saal Bovet (1. Stock),
Zeughausgasse 41, Bern

➤ [Anmeldung und weitere Informationen](#)
[Inscription et plus d'informations](#)
www.sggp.ch

Massnahmen zur Kosten- dämpfung: Bundesrat will freie Arztwahl einschränken und setzt auf Globalbudget

Am 19. August 2020 hat der Bundesrat ein Massnahmenpaket in die Vernehmlassung geschickt. Er will damit das Kostenwachstum dämpfen und die medizinische Versorgung verbessern. Er beziffert das Sparpotenzial auf rund eine Milliarde Franken. Zentrale Pfeiler der Vorlage sind die Einführung von Erstberatungsstellen sowie die Vorgabe von Kostenzielen.



Geht es nach dem Bundesrat sollen sich künftig alle Patienten in der Schweiz zuerst an eine Erstberatungsstelle wenden.

Was halten die SGGP-Vorstandsmitglieder Pius Gyger und Philippe Lehmann vom politischen Vorhaben des Bundesrates? Sind die propagierten Instrumente zielführend, um das Kostenwachstum im Gesundheitswesen einzudämmen? Eine Einschätzung aus gesundheitsökonomischer (A) und gesundheitsversorgerischer Optik (B).

A

Kostenziele

Vorgesehen ist die Vorgabe eines nationalen Gesamtkostenzieles durch den Bundesrat. Den Kantonen wird empfohlen, ein kantonales Gesamtkostenziel sowie eine entsprechende Aufteilung auf die verschiedenen Kostenblöcke vorzunehmen. Die Tarifpartner sollen über Vereinbarungen erreichen, dass die Ziele eingehalten werden. Falls sie nicht eingehalten werden können, sollen die Kantone Massnahmen ergreifen.

Erstberatungsstellen

In Zukunft sollen alle Versicherten einen Leistungserbringer wählen, an den sie sich bei gesundheitlichen Problemen zuerst wenden sollen. Diese Erstberatungsstellen können Hausärzte, telemedizinische Zentren, Gruppenpraxen oder Netzwerke zur koordinierten Versorgung sein. Vergütet werden nur Leistungen, welche die Erstberatungsstelle erbracht oder angeordnet hat. Zudem wird eine neue Leistungserbringer-Kategorie eingeführt, nämlich Netzwerke zur koordinierten Versorgung, die ärztlich geleitet werden müssen, und die gleichzeitig Erstberatungsstellen sein können.

Ungenau Diagnostik – gefährliche Therapie

Theoretisch könnten die Kosten zulasten der Grundversorgung von der Regierung exakt vorgegeben und den einzelnen Leistungserbringern zugeteilt werden, so dass die Prämien weniger steigen. Die Frage bleibt dann, ob die Zuteilung so gestaltet werden kann, dass unnötige und überflüssige Leistungen nicht mehr erbracht würden. Die meisten der bisherigen Bemühungen,

diese Unterscheidung zu machen, scheiterten bisher. So weit dies gelingen kann, würden die bestehenden Instrumente des KVG (Umsetzung WZW, Tarifregeln) ausreichen, die entsprechenden Ineffizienzen zu eliminieren. Auch der am besten zusammengesetzten Kommission wird es nicht gelingen, die Trennung treffsicher vorzunehmen. Genauso wenig wird dies den Tarifpartnern gelingen. Das zeigt die heutige Realität. Deshalb könnten Kostenvorgaben zwar Kosten sparen, Leistungserbringer und Patienten müssten aber womöglich finanzielle und medizinische Opfer erbringen.

70 Prozent der Personen schränken ihre freie Wahl des Leistungserbringers heute freiwillig ein. Die Managed-Care-Vorlage hat dennoch gezeigt, dass das Schweizer Volk solch verordnete Einschränkungen nicht will. Inhaltlich ist daran zu zweifeln, dass Ineffizienzen so eliminiert werden können. Denn erstens werden die ärztlichen Grundversorger angesichts des sich abzeichnenden Ärztemangels diese Funktion nicht übernehmen können. Zweitens ist gerade die Ärztezentriertheit unserer Gesundheitsversorgung mit ein Grund für Ineffizienzen. Und drittens werden mit dem Vorschlag neue administrative Prozesse ausgelöst, die es nicht braucht.

Mit dieser Vorlage wird weder dem Prämienzahler noch dem Gesundheitswesen etwas Gutes getan.

Pius Gyger, Gesundheitsökonom,
Mitglied Vorstand SGGP

B

Mettre un couvercle sur une marmite d'eau bouillante ne sert à rien si on ne réduit pas le feu.

Alors mettre un plafond aux dépenses de santé ...? On en parle depuis 40 ans par des mesures sur les coûts et sur les volumes de prestations, peu acceptables ou peu efficaces. Chaque catégorie d'acteurs a défendu ses revenus et a contourné les incitations.

Réduire de moitié la consommation de tabac diminuerait beaucoup les maladies, et donc les coûts de maladie, bien plus que les mesures proposées par le Conseil fédéral cet été. Alors priorité à la loi sur les produits du tabac. Et priorité à une politique de prévention cohérente et efficace, donc avec des bases légales solides et des moyens suffisants.

Abandonner complètement la rémunération à l'acte médical (Tarmed) et adopter des forfaits, systématiquement et sans faux incitatifs (codage des DRG surévalué), réduiraient plus sûrement les actes inutiles. La hausse des dépenses et des coûts est essentiellement un problème de prescripteurs, et très marginalement un problème de demandeurs. Punir les patients par des chicanes – ce que font les assureurs avec de nombreux «modèles particuliers» – c'est injuste et inefficace. L'obligation du passage par un «premier point de contact» serait pertinente si on revalorisait vraiment la médecine générale, ce qu'on n'a pas fait, et qu'on ne prévoit pas de faire. En l'état actuel, cette mesure ne réduira pas le recours aux spécialistes, ambulatoires ou hospitaliers, qui dominent complètement le système médical.

Renforcer les réseaux de soins coordonnés pour des maladies chroniques est une excellente proposition, à condition que ces réseaux existent vraiment. Outre le diabète et le cancer du côlon, il y aurait quantité de pathologies qui justifieraient une même démarche. Le suivi des maladies rhumatismales par la fondation SCQM est un bon exemple. Mettre de l'ordre dans la jungle des «modèles particuliers» d'assurance maladie, dont certains jouent avec les soins coordonnés, serait aussi prioritaire.

Faire réellement fonctionner le Dossier électronique des patients (autrement qu'un «cimetière de PDF») est indispensable pour la coordination.

Accéder aux médicaments efficaces, y compris aux médicaments innovants et chers, est aussi essentiel qu'accéder à des diagnostics et à des traitements de qualité. Les modèles de prix et de tarifs sont à revoir sur toute la chaîne des actes médicaux. Vérifier l'efficacité, l'adéquation et l'économicité, et vérifier les effets réels de santé pour les personnes malades, doit rester un impératif sans se noyer dans la bureaucratie.

Philippe Lehmann, vice-président de la SGGP, représentant de la Fédération romande des consommateurs et de la Fondation Info-Entraide Suisse.

Mit Data Science und KI die Zecken-Hotspots sichtbar machen

Forschende an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) haben erstmals berechnet, wo und wie häufig in der Schweiz Menschen und Zecken aufeinandertreffen. Dazu haben sie über eine App gesammelte Beobachtungsdaten der letzten fünf Jahre ausgewertet. Künftig soll ein Modell das aktuelle Zecken-Risikopotenzial voraussagen, vergleichbar mit einer Wetterprognose. Basis für eine Videoanimation mit der raumzeitlichen Darstellung der Zeckenkontakte im Jahresverlauf bilden die Meldungen der Userinnen und User der Präventions-App «Zecke».

Die Auswertung durch das Team um Zeckenforscher Werner Tischhauser am Department *Life Sciences und Facility Management* der ZHAW zeigt: Zwei Drittel aller Zeckenkontakte wie Zeckenstiche oder -sichtungen werden im durchschnittlichen Jahresverlauf zwischen Mitte April und Mitte Juli gemeldet. (...) Die geografische Verteilung unterscheidet sich zudem saisonal: Im Frühling stechen Zecken zuerst in tieferen Lagen des Mittellandes, bevor im April und Mai vermehrt Meldungen aus den dicht besiedelten Zentren und beliebten Ausflugsdestinationen eintreffen. Da Zecken keine Hitze vertragen, bleiben die Zeckenkontakte nach einer Pause im Hochsommer auf tiefem Niveau, bevor sie zum Winteranfang ganz wegfallen. Gemäss Tischhauser wirkt sich die Coronakrise indirekt auf den aktuellen Jahresverlauf aus: «Aufgrund erster Daten ist anzunehmen, dass das veränderte Bewegungsmuster der Outdoor-Aktiven häufiger zum Zeckenkontakt in Naherholungsgebieten führt als in den Vorjahren.»

Quelle: www.zhaw.ch/storage/hochschule/medien/zhaw-impact/2020/ZHAW-Impact-49-2-2020.pdf (12. August 2020)

Promotion du rôle infirmier auprès de la personne âgée

Encore peu valorisé, le travail dans les soins en gériatrie nécessite pourtant des compétences élevées, tant professionnelles que personnelles. (...) Ce domaine n'arrive pas à obtenir grâce aux yeux du personnel infirmier. Très peu d'entre eux opèrent pour la gériatrie comme premier

choix ou y verront une opportunité de faire carrière. Comment expliquer ce désintéret?

Nous pouvons attribuer ce manque de popularité entre autres au phénomène de l'âgisme, qui consiste à avoir des préjugés ou un comportement discriminatoire envers des personnes ou des groupes en raison de leur âge. (...) L'âgisme envers les personnes âgées a été observé dans plusieurs enquêtes récentes. Ce phénomène concerne l'ensemble de la société, y compris les soignants.

Les infirmières et infirmiers en gériatrie doivent faire preuve de nombreuses connaissances à la fois générales mais également spécifiques à la population traitée. La gériatrie est un domaine de soins et d'accompagnement spécialisé, varié et exigeant (...). Elle est non seulement riche d'un point de vue professionnel mais également sur le plan humain. (...) Il est temps aujourd'hui de rendre toute sa richesse à cette branche spécifique de la profession infirmière.

Source: Magazine Krankenpflege – Soins infirmiers – Cure infirmieristiche 07/08 2020 du SBK/ASI

Nachbarschaft und Wohlbefinden – auch zu Zeiten der Pandemie

Der Umgang mit unseren Nachbarn lässt sich auch anhand der Häufigkeit der Kontakte und gegenseitigen Unterstützungen messen. Diese Kontakte (...) können eine Ressource zur Bewältigung des Alltags im Alter sein. Aber wie genau zeigt sich dieser Kontakt zu den Nachbarn im täglichen Lebenskontext und wie beeinflusst der Kontakt das Gefühl von Einsamkeit? Dieser Frage ist im Jahr 2019 eine alltagsnahe sozialwissenschaftliche Studie der Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW und der Universität Zürich nachgegangen. Das Projekt beinhaltete eine mikro-längsschnittliche Erfassung von Alltagsdaten zur Bedeutung der Nachbarschaftlichkeit bei älteren Menschen. Drei Wochen lang wurden hierzu 77 ältere Zürcherinnen und Zürcher ab 60 Jahren dreimal täglich mithilfe (ausgeliehener) Smartphones zur Intensität ihrer Nachbarschaftskontakte und zu ihrem individuellen täglichen Wohlbefinden befragt.

Aus dem subjektiven Stellenwert, welcher der Nachbarschaft eingeräumt wurde, liess sich die Häufigkeit nachbarschaftlicher

Kontakte voraussagen. (...) Die reichhaltigen Alltagsdaten zeigten, dass die erlebten Nachbarschaftskontakte deutlich mit dem Gefühl einhergehen, sich an diesem Tag nicht allein zu fühlen.

In Zeiten der aktuellen Coronapandemie nimmt die Bedeutung von Nachbarn zu, da sie aktuell nicht nur das subjektive Gefühl von «Da ist jemand da, wenn ich Hilfe brauche» abfangen, sondern nun vermehrt auch praktische Hilfeleistungen erbringen. Hier zeigen zahlreiche lokale Projekte und Initiativen ein beeindruckendes «Aufleben der Nachbarschaftshilfe» in den Nachbarschaften der Schweiz.

Quelle: Magazin Gerontologie CH 2/2020

Die Tarifpartnerschaft lebt

Die Zahl ist beeindruckend: In den vergangenen zehn Jahren sind die ambulant erbrachten Leistungen in den Schweizer Spitälern um 82 Prozent angestiegen, auf derzeit rund 18 Milliarden Franken pro Jahr. (...) Diese «Ambulantisierung» wirkt sich nicht nur positiv auf das Patientenwohl aus, sondern hat unbestritten grosses Potential zur gezielten Kosteneindämmung. (...) Dies hat auch der Bundesrat erkannt und in seinem ersten Massnahmenpaket zur Kostendämpfung die Tarifpartner aufgefordert, künftig Pauschalen für ambulant durchgeführte Spitalbehandlungen zu vereinbaren.

2018 haben sich Santésuisse sowie der Dachverband der chirurgisch invasiv tätigen Fachgesellschaften (FMCH) zur gemeinsamen Erarbeitung ambulanter Pauschalen entschieden und diese Absicht im Rahmenvertrag festgehalten. (...) Die beiden Verbände haben Ende März 2020 beim Bundesrat ein Paket mit ambulanten Tarifpauschalen zur Genehmigung eingereicht. (...) Den Ärztinnen und Ärzten garantieren die Pauschaltarife eine faire Vergütung, die Patientinnen und Patienten profitieren von klaren Qualitätskriterien und leicht nachvollziehbaren Rechnungen.

Als einheitliche Berechnungsgrundlage für alle jetzt vorliegenden ambulanten Pauschaltarife diene ein gemeinsam erarbeitetes Kostenmodell, dem eine invasive Musterpraxis mit einem Operationsaal zugrunde liegt. Das Modell berücksichtigt die Kosten für Personal und Infrastruktur sowie die Sachkosten, die für den Betrieb notwendig sind, und legt diese auf die

OP-Betriebsminuten und die Anzahl Eingriffe um. (...) Alles in allem gehen Santé-suisse und FMCH davon aus, dass die Einführung der ambulanten Pauschal-tarife kurzfristig kostenneutral erfolgt, dass mittel- und langfristige jedoch beachtliche Einsparungen möglich sind.

Quelle: Magazin INFO santé-suisse 2/20

La Confédération signe un contrat pour un médicament contre le COVID-19

La Confédération a conclu avec l'entreprise suisse Molecular Partners un contrat de réservation portant sur un produit thérapeutique contre le nouveau coronavirus (SARS-CoV-2). Si le médicament réussit les tests cliniques et qu'il est autorisé à la commercialisation, la Suisse bénéficiera d'un accès prioritaire. Les études cliniques sont prévues pour l'automne 2020. (...)

Le médicament développé par Molecular Partners est un agent immunothérapeutique. Dans son approche, le traitement est comparable aux thérapies utilisant des mélanges d'anticorps visant à neutraliser le virus, mais il ne nécessite qu'un seul médicament. Si le produit est autorisé en Suisse, il servira en premier lieu à traiter les personnes infectées par le nouveau coronavirus. Dans certains cas, il pourrait aussi être administré à titre prophylactique pour prévenir une infection (immunisation passive), notamment chez le personnel hospitalier exposé ou chez d'autres groupes vulnérables. (...)

Source: www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-80017.html (12 août 2020)

Tarif médical Tardoc: étape décisive pour la révision

Curafutura et la FMH ont déposé conjointement les documents supplémentaires demandés pour le tarif médical Tardoc. La structure tarifaire remplit désormais toutes les exigences mentionnées par le Conseil fédéral. D'une part, les deux organisations se sont accordées sur un concept commun d'introduction neutre en termes de coûts. D'autre part, le Tardoc réunit désormais la majorité des assurés avec CSS, Helsana, Sanitas, KPT ainsi que Swica,

qui y a adhéré récemment. Les partenaires tarifaires sont heureux d'avoir ouvert la voie vers l'approbation par le Conseil fédéral de cette nouvelle structure tarifaire partenariale, appropriée et adaptée aux exigences actuelles. (...)

Les partenaires tarifaires invitent maintenant le Conseil fédéral à approuver le Tardoc en vue d'une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2022.

Source: www.fmh.ch/files/pdf24/communiquede-presse-tarif-medical-tardoc-etape-decisive-pour-la-revision-tarifaire.pdf (12 août 2020)

Nationaler Gesundheitsbericht 2020: In der ersten Lebensphase werden gesundheitliche Weichen gestellt

Der Nationale Gesundheitsbericht 2020 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) gibt Auskunft über die Gesundheit der jungen Generation. Der Bericht zeichnet insgesamt ein erfreuliches Bild: Zwar leben zwei von zehn Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen entweder mit einem chronischen Gesundheitsrisiko oder mit einer chronischen Erkrankung oder Behinderung. Trotzdem fühlen sich rund neun von zehn Kindern und Jugendlichen in der Schweiz gesundheitlich gut oder sehr gut. Handlungsbedarf besteht laut Bericht hauptsächlich beim Füllen von Datenlücken, um für zukünftige Herausforderungen gewappnet zu sein.

Die erste Lebensphase ist im Hinblick auf den weiteren Lebensverlauf entscheidend. Ungünstige Bedingungen in der Kindheit oder schon vor der Geburt begünstigen spätere Erkrankungen. So führt Übergewicht im Kindesalter oft zu Übergewicht im Erwachsenenleben. Gesundheitsrisiken in der Familie sind ein tieferer Bildungsstand, Armut, Arbeitslosigkeit oder unsichere Arbeitsbedingungen und insbesondere auch Migrationserfahrungen (...)

Digitale Medien können das Wohlbefinden von Jugendlichen beeinflussen. Doch bezüglich weiterer gesundheitlicher Effekte ist vieles noch nicht bekannt; Wissenslücken bestehen insbesondere bei Auswirkungen auf Kleinkinder. Daher wurde parallel zum Nationalen Gesundheitsbericht eine Studie «Adele+» zum

Medienumgang von Kindern im Vorschulalter mit Chancen und Risiken für die Gesundheit durchgeführt. Bereits bei dieser Altersklasse zeigen sich unter anderem Zusammenhänge zwischen Bildschirmzeit und Körpergewicht sowie Schlafproblemen. Beim Gesundheitsverhalten hat sich der Anteil der 15-Jährigen, die sich mindestens an eine Episode von Rauschtrinken in einem Monat erinnern, reduziert: 2010 war es ein Drittel, 2018 nur noch ein Viertel. Seit 2002 ist zudem der Anteil der 11- bis 15-Jährigen, die mindestens einmal pro Woche herkömmliche Zigaretten rauchen, tendenziell rückläufig.

In verschiedenen Gesundheitsbereichen reicht die Datenlage nicht aus, um wissenschaftliche Entscheidungen zu treffen. Zum Beispiel geht man international von einer deutlichen Zunahme von Kurzsichtigkeit aus. Mangels repräsentativer Daten auf nationaler Ebene kann dieser Trend für die Schweiz aber nicht beurteilt werden. Der Bericht empfiehlt, solche Wissenslücken anzugehen. Entwicklungen der Gesundheit können nur beurteilt werden, wenn Informationen über eine gewisse Zeit gesammelt werden – am ehesten, indem Lebensläufe verfolgt werden. Durch solche Untersuchungen könnte auch der Wert präventiver Leistungen im Kindes- und Jugendalter für das Erwachsenenleben evaluiert werden (...)

Die wichtigsten Handlungsempfehlungen, die ein Expertengremium aus den Ergebnissen des Berichts abgeleitet hat, sind: das Füllen von relevanten Datenlücken und Generieren von mehr Wissen, damit zu spezifischen Fragestellungen (zum Beispiel bei neu entdeckten Risiken durch digitale Medien) die Lage schnell beurteilt werden kann und rationale Entscheidungen ermöglicht werden (...)

Quelle: www.obsan.admin.ch/de/publikationen/gesundheits-der-schweiz-kinder-jugendliche-und-junge-erwachsene (Stand: 11. September 2020)

90 % of countries report disruptions to essential health

The World Health Organization (WHO) published a first indicative survey on the impact of Covid-19 on health systems based on 105 countries' reports.

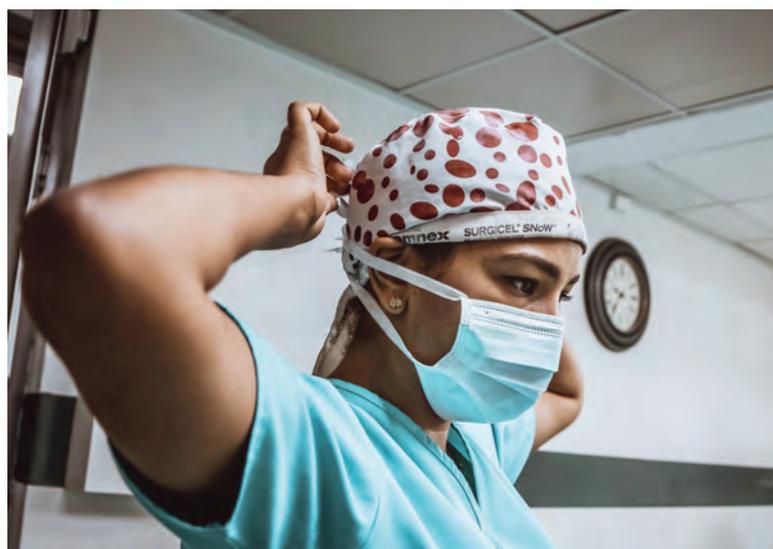
Data collected from five regions over the period from March to June 2020 illustrate that almost every country (90 %) experienced disruption to its health services, with low- and middle-income countries reporting the greatest difficulties. Most countries reported that many routine and elective services have been suspended, while critical care – such as cancer screening and treatment and HIV therapy – has seen high-risk interruptions in low-income countries.

Based on reports from key informants, countries on average experienced disruptions in 50 % of a set of 25 tracer services. The most frequently disrupted areas reported included routine immunization – outreach services (70 %) and facility-based services (61 %), non-communicable diseases diagnosis and treatment (69 %), family planning and contraception (68 %), treatment for mental health disorders (61 %), cancer diagnosis and treatment (55 %).

Potentially life-saving emergency services were disrupted in almost a quarter of responding countries. Disruptions to 24-hour emergency room services for example were affected in 22 % of countries, urgent blood transfusions were disrupted in 23 % of countries, emergency surgery was affected in 19 % of the countries.

76 % of countries reported reductions in outpatient care attendance due to lower demand and other factors such as lockdowns and financial difficulties. The most commonly reported factor on the supply side was cancellation of elective services (66 %). Other factors reported by countries included staff redeployment to provide COVID-19 relief, unavailability of services due to closings, and interruptions in the supply of medical equipment and health products.

Many countries have started to implement some of the WHO recommended strategies to mitigate service disruptions, such as triaging to identify priorities, shifting to on-line patient consultations, changes to prescribing practices and supply chain and public health information strategies. However, only 14 % of countries reported removal of user fees, which WHO recommends to offset potential financial difficulties for patients.



Most countries reported that many routine and elective services have been suspended.

Source: WHO
Photo: Unsplash/SJ Objio

Verfassungsbeschwerde gegen Triage-Empfehlungen

Während der Pandemie befürchtete man vielerorts eine Überlastung der Spitäler. Deshalb haben medizinische Fachgesellschaften Triage-Kriterien zur Behandlung von Covid-Patienten veröffentlicht. Menschen mit Behinderung haben dagegen Beschwerde eingereicht.

Welche Covid-19-Patienten sollen beatmet werden, wenn ein Spital nicht genügend Ressourcen hat? Angesichts von überfüllten Krankenhäusern in Norditalien und Spanien erhielt diese Frage eine neue Dringlichkeit. Um die Ärztinnen und Ärzte auf den Intensivpflegestationen zu entlasten, veröffentlichten die Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und sieben weitere Fachgesellschaften im Frühling Triage-Kriterien zur Behandlung von Covid-19-Patienten. Darin wird die klinische Erfolgsaussicht einer Intensivtherapie zum aktuellen Zeitpunkt als wesentliches Kriterium einer Priorisierung festgelegt.

Geringe Erfolgsaussichten bestünden unter anderem bei Menschen mit Gebrechlichkeit, zu denen auch Behinderungen zählen. Deshalb haben neun Einzelpersonen und ein Anwalt sowie eine Behindertenrechtsorganisation Verfassungsbeschwerde gegen das Papier der DIVI eingereicht. Durch die Formulierung würden Menschen mit Behinderung benachteiligt. Die Fachgesellschaft hingegen argumentiert, Menschen mit Behinderung hätten einen verfassungsmässigen Anspruch, wegen ihrer Behinderung nicht benachteiligt zu werden, aber keinen Anspruch, von Limitationen verschont zu bleiben, die für alle gleichermassen gelten. Es soll ja eine Gleichbehandlung aller erzielt werden.

Weiter bemängeln die Beschwerdeführer die Abwesenheit des Gesetzgebers in dieser Diskussion. Man dürfe es nicht den Fachgesellschaften überlassen, nach welchen Kriterien auf Intensivstationen im Zweifel über Leben und Tod entschieden werde. Diese Kritik teilt die DIVI. Die bestehende Rechtsunsicherheit sei für die Ärzteschaft eine unzumutbare Belastung. Die Regierung hatte jedoch bereits im April klargestellt, dass kein gesetzgeberischer Handlungsbedarf zu medizinethischen Fragen bestehe.

Quelle: www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/gesundheitswesen?s=&p=1&n=1&nid=113160

Grosse psychische Belastung für das Gesundheitspersonal

Der psychische Druck im Kampf gegen das Coronavirus hat offenbar schwere Auswirkungen auf Spaniens Gesundheitspersonal.

Hohe Arbeitsbelastung, Ansteckungsgefahr und die psychologische Hemmschwelle vieler Ärzte, als Helfer selbst um Hilfe zu bitten, belasten die Mediziner enorm. Das zeigt eine aktuelle Umfrage der Universität Complutense Madrid. 53 Prozent der befragten Ärzte gaben an, unter posttraumatischem Stress zu leiden. Fast 80 Prozent hätten zudem mit Angstsymptomen und 51 Prozent mit einer Depression zu kämpfen. Als besonders belastend bezeichneten die Ärzte die Angst, die eigene Familie oder Freunde mit dem Coronavirus anstecken zu können, da die Infektionsquote unter Spaniens Gesundheitspersonal enorm hoch war.

Spanien gehört zu den schwer von der Pandemie betroffenen Ländern. Um das öffentliche Gesundheitssystem für zukünftige Epidemien zu stärken, kündigte Ministerpräsident Pedro Sanchez drei Gesetzesinitiativen zum finanziellen und strukturellen Ausbau des Gesundheitssystems an.

Quelle: www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/gesundheitswesen?s=&p=1&n=1&nid=113044

Managed Care Swiss made

Entwicklung, Bedeutung und Perspektiven der koordinierenden Grundversorgung im Schweizer Gesundheitswesen

Schriftenreihe Schweizerische
Gesellschaft für Gesundheitspolitik
Band 135

Eleonore und Jürg Baumberger,
Felix Huber, Christian Köpe

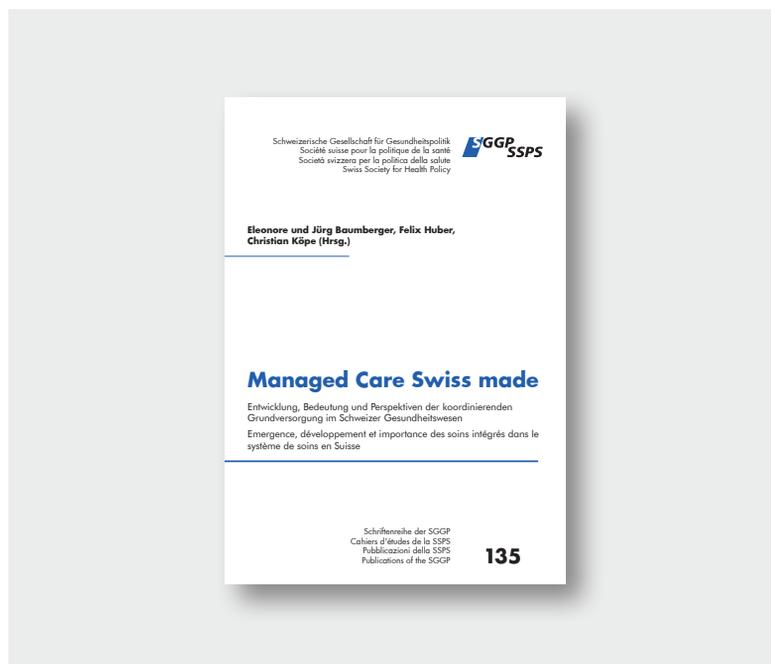
Der Bundesrat hat am 19. August 2020 ein Kostendämpfungsprogramm für die obligatorische Krankenversicherung in die Vernehmlassung geschickt. Das Programm basiert auf Vorschlägen einer Expertenkommission. Im Zentrum steht der Vorschlag, dass künftig alle Versicherten eine Erstberatungsstelle (Hausarzt, telefonische Beratungsstelle) konsultieren müssen, die sie dann zu Spezialisten überweist, sofern dies nötig ist.

Dieser Vorschlag wird unter dem Schlagwort «Einschränkung der freien Arztwahl» sofort heiss diskutiert, auch wenn bereits heute rund 70 Prozent der Versicherten einen eingeschränkten Zugang mit einem Managed-Care-Versicherungsmodell haben. Dabei bleibt die Wahl der Erstberatungsstellen frei, ebenso wie die der Spezialisten im Fall der Weiterüberweisung.

In diesem Kontext ist das Buch von grosser Aktualität. Deshalb hat sich die SGGP zu einer Neuauflage des Buches zu Managed Care entschlossen. Das Buch zeigt Entstehung, Verbreitung und Entwicklungsstand der Integrierten Versorgung.

Der Inhalt: Mit Managed-Care-Modellen sind in den vergangenen Jahren eine ganze Reihe Einrichtungen der Integrierten Versorgung entstanden. Die Patientinnen und Patienten profitieren nicht nur von Prämienrabatten, sondern auch von transparenten, optimalen Behandlungsverläufen. Die Hausarztmedizin ist aufgewertet, in Qualitätszirkeln ist die Ärzteschaft besser vernetzt. Kosteneinsparungen von 15 bis 35 Prozent gegenüber der konventionellen Krankenversicherung sind möglich. Die Integrierte Versorgung ist ein Erfolgsmodell mit Zukunftsperspektiven. Die Vorschläge des Bundesrates zeigen, dass dieser Ansatz auch weiterhin im Zentrum von gesundheitspolitischen Reformbemühungen stehen wird, stehen muss.

Weiter ziehen Expertinnen und Experten Bilanz: Es braucht einen Innovationsschub, um Managed Care zur Integrierten Versorgung auszubauen. Nötig ist ein neues Verständnis von Gesundheit, mehr Budgetverantwortung, eine einheitliche Finanzierung ambulanter und stationärer Leistungen und nicht zuletzt eine noch bessere Vernetzung der Ärzteschaft.



Bei der Entwicklung von Managed Care in der Schweiz hat die SGGP eine bedeutende Rolle gespielt. SGGP-Mitglieder haben Studien und Artikel publiziert, Arbeitsgruppen gegründet, die Zusammenarbeit mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen gesucht, um HMOs, Health Maintenance Organizations, in der Schweiz einzuführen. Im Buch werfen die Pioniere einen Blick zurück. Sie beschreiben den langen Weg, wie allen Widerständen zum Trotz HMOs, Gruppenpraxen mit Budgetverantwortung, Gesundheitszentren entstanden. Das könnte wegweisend auch für künftige Veränderungen sein.

Autorenkontakt / Herausgeber der Schriftenreihe:
Eleonore und Jürg Baumberger, Im Hauweg 6, 8370 Sirmach

➔ [Erhältlich unter www.sggp.ch](http://www.sggp.ch)

Krebs**Der König aller Krankheiten**

Siddhartha Mukherjee
ISBN 978-3-8321-6232-0
Dumont 2020, 25 Franken

Seit über fünftausend Jahren lebt die Menschheit mit Krebs. Ebenso lange stirbt sie daran. In seiner perfiden Perfektion, in seiner Anpassungsfähigkeit und seiner Widerstandskraft nimmt der Krebs beinahe menschliche Züge an. Seine Geschichte gleicht einer Biografie: Es ist die Geschichte von Leid, von Forscherdrang, Ideenreichtum und Beharrlichkeit – aber auch von Hochmut, Arroganz und unzähligen Fehleinschätzungen. Der Onkologe Siddhartha Mukherjee widmet sich dem Thema mit der Präzision eines Zellbiologen, mit der Kenntnis eines Historikers und mit der Passion eines Biografen.

Betagtenpflege**Schwester! Können Sie mal eben kommen?**

Daniela Triebtsch
ISBN 978-3-8346-4268-4
Verlag an der Ruhr 2020, 21.90 Franken

Dieser handliche Ratgeber mit 111 Praxistipps zeigt Wege auf, wie Pflegende die Herausforderungen im Alltag erfolgreich meistern: Von der Rolle der Pflegekraft im Unternehmen, über geschickte Aufgabenverteilung bis hin zur Implementierung von Expertenstandards und Work-Life-Balance für Pflegekräfte. Das Buch motiviert, regt zu neuen Denkmustern an und ermutigt, eigeninitiativ die Rahmenbedingungen in der Pflege zu verbessern.

Biografie**Florence Nightingale**

Nur Taten verändern die Welt
Nicolette Bohn
ISBN 978-3-8436-1225-8
Patmos Verlag 2020, 30 Franken

Florence Nightingale (1820–1910) ist weltberühmt. Doch wer war diese Frau, der ungezählte Menschen ihr Leben verdanken? Mit ihren innovativen Methoden revolutionierte sie die Krankenpflege. Kaum jemand weiss, welche Widerstände sie dafür überwinden musste. Die Biografie zum 200. Geburtstag von Florence Nightingale zeichnet anschaulich ihre äussere und innere Entwicklung nach. In zahlreichen Quellentexten kommt Florence Nightingale selbst zu Wort.

Neurologie**Alles an seinem Platz**

Erste Lieben und letzte Fälle
Oliver Sacks
ISBN 978-3-498-06442-6
Verlag Rowohlt 2019, 38 Franken

Der Neurologe Oliver Sacks ist durch seine Fallgeschichten weltberühmt geworden. Er hat eine neue Form des Verständnisses für seine Patienten entwickelt, indem er deren Eigenheiten nicht als Defekte oder Behinderung abtat, sondern sie in ihrer Besonderheit wahrnahm und beschrieb. Als Sacks 2015 starb, hinterliess er eine Fülle von Aufzeichnungen: Er schreibt über Depressionen und Psychosen, über das Tourette-Syndrom und Demenzerkrankungen, Träume und Halluzinationen. Und er gibt Einblicke in seine persönliche Welt, indem er sein Faible für Farngewächse und Gingkobäume beschreibt.

Pflege**Palliative Care**

Unterstützung der Angehörigen
Angelika Feichtner, Bettina Pusswald
ISBN 978-3-7089-1873-0
Facultas 2020, ca. 25 Franken

Die Angehörigen sind die wichtigsten Begleiter und engsten Vertrauten schwerkranker und sterbender Patientinnen und Patienten. Im Bewusstsein, dass die gemeinsame Zeit begrenzt ist, wollen Angehörige einen Beitrag leisten und die Patienten in der oft leidvollen letzten Lebensphase begleiten. Dann liegt es an den Pflegenden, sie in Achtung ihrer individuellen Bewältigungsstrategien dabei zu unterstützen. Dieses Buch bietet Anregungen für Pflegende, wie die Zusammenarbeit mit Angehörigen in der palliativen Betreuungssituation gelingen kann. Es ist auch ein hilfreicher Leitfaden für Angehörige in dieser schwierigen Zeit.

Spitalmanagement**Cybersicherheit im Krankenhaus**

Hans-Wilhelm Dünn et al. (Hrsg.)
ISBN 978-3-95466-502-0
MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 2020, 78 Franken

Die Vergangenheit hat gezeigt, dass IT-Sicherheitsvorfälle in Spitälern ein sehr ernstzunehmendes Problem sind. Ein Cyberangriff auf Krankenhäuser kann im schlimmsten Fall Menschenleben kosten. Gleichzeitig ist wegen der Vielzahl der Prozesse gerade dort Cybersicherheit schwierig zu implementieren. Dieser Band vermittelt praktisches Wissen in den Bereichen operative IT-Sicherheit und Implementierung auf der Managementebene, beleuchtet die Risiken der digitalen Transformation und zeigt Lösungsansätze für die Herausforderungen, die auf Krankenhäuser zukommen.

➤ [Weitere Informationen und ältere Buchtipps finden SGGP-Mitglieder im passwortgeschützten Intranet der SGGP-Website.](#)



Einzelpreis

Preis für SGGP-Mitglieder:
Fr. 40.–, zuzügl. MwSt.
Preis für Nicht-Mitglieder:
Fr. 52.–, zuzügl. MwSt.

Bestellungen

SGGP, Altenengstrasse 29, Postfach 686,
3000 Bern 8, T 031 313 88 66
info@sggp.ch, www.sggp.ch

Die Schriftenreihe als e-Book

Die Bücher der Schriftenreihe sind auch als e-Book erhältlich. Weitere Informationen zu den oben erwähnten Publikationen und allen weiteren Bänden der Schriftenreihe finden Sie unter: www.sggp.ch

Publikationen in der Schriftenreihe

Die Schriftenreihe steht allen interessierten Personen, Organisationen, Universitäten, Fachhochschulen, Weiterbildungsinstitutionen etc. offen.

Gerne informieren wir Sie über die Bedingungen für eine Publikation. Charles Giroud, Geschäftsführer der SGGP, gibt Ihnen gerne Auskunft.